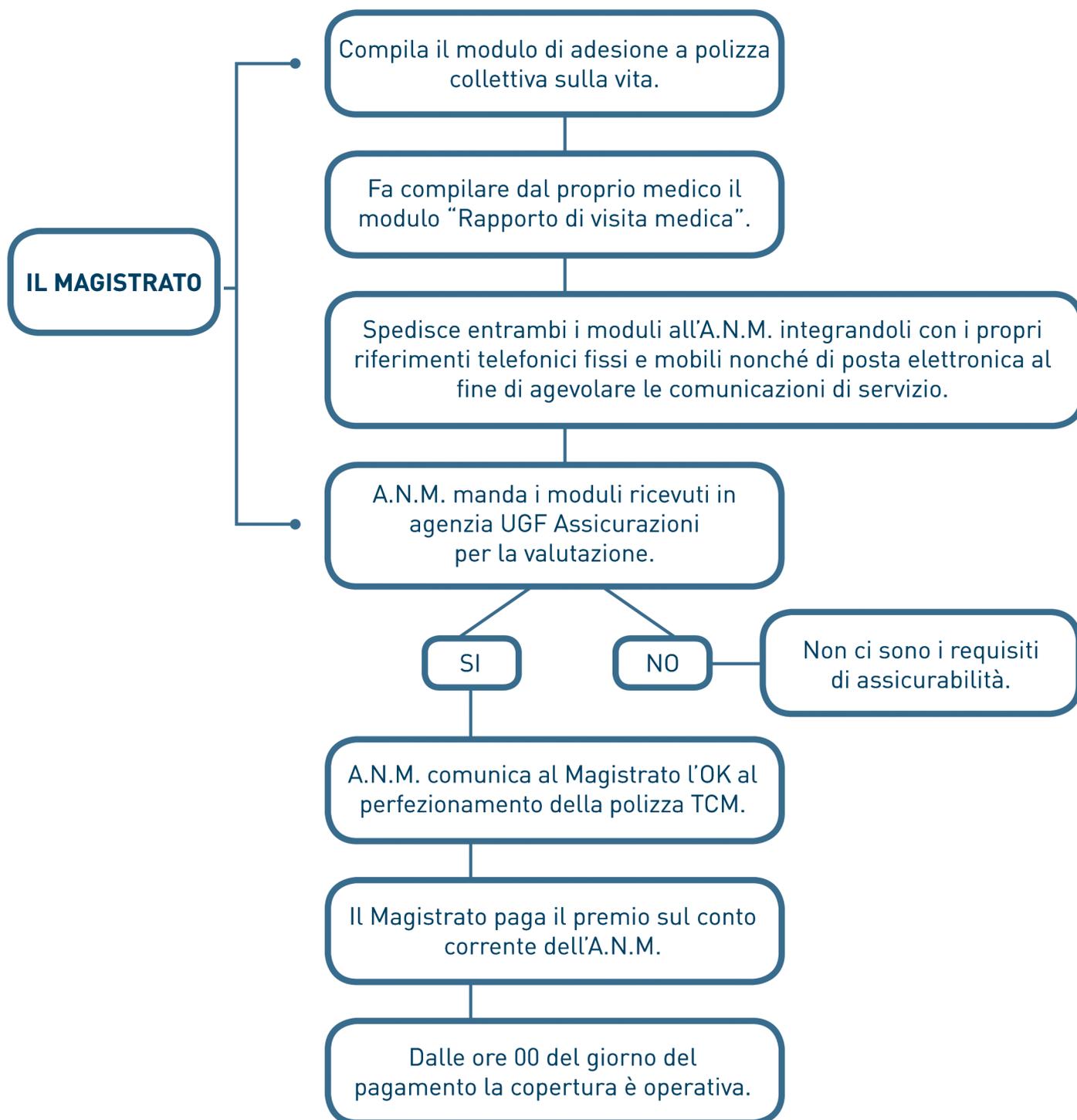


Come aderire alla polizza collettiva Temporanea Caso Morte (TCM)



PER ULTERIORI INFO:

contattare l'Agenzia UFG Assicurazioni (Divisione Aurora) **Cobedial & Associati**

Via Lima, 28 - 00198 ROMA

Tel. 06/8413237 r.a. (Sig. Enzo Carli)

email: 10325@age.auroraassicurazioni.it

www.associazionemagistrati.it - www.ugfassicurazioni.it

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,
per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo.

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile⁽²⁾ indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati.

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾; ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾. Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati.

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti.

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), entrambe con sede in Via Stalingrado, 45 40128 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili, potrà consultare il sito www.ugfassicurazioni.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati, presso UGF Assicurazioni S.p.A., al recapito sopra indicato e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tariffarie.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., cui è affidata, quale capogruppo, la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società del Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

UGF Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349 - www.ugfassicurazioni.it
 Capitale sociale Euro 150.300.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, Codice Fiscale e Partita IVA 02705901201
 R.E.A. 460992 - Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
 Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provv. Isvap n. 2542 del 3 agosto 2007 (G.U. 23 agosto 2007 n. 195) - Iscrizione
 Albo Imprese Assicurative 1,00159 - Sedi operative: 40128 Bologna, Via Stalingrado, 45 - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349
 Casella postale AD 1705; 20097 San Donato Milanese (MI), Via dell'Unione Europea 3/B - Tel. 02 51815181 - Telefax 02 51815252.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ASSICURAZIONE DI GRUPPO TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE (CODICE TARIFFA AG40) ASSOCIAZIONE NAZIONALE MAGISTRATI

Premessa

Disciplina del contratto: il presente contratto è disciplinato esclusivamente

- dalle Condizioni di assicurazione che seguono;
- da quanto stabilito nel documento di polizza e nelle eventuali appendici;
- dalla Convenzione;
- dalle disposizioni di legge in materia.

Art. 1 Oggetto del contratto

Il contratto qui descritto è un contratto di assicurazione collettiva monoannuale – rinnovabile di anno in anno alla ricorrenza di collettiva – che garantisce la copertura del rischio di morte degli Assicurati, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione, e consiste nell'impegno della Società a pagare ai Beneficiari designati in polizza o con successiva modifica, il capitale assicurato indicato in polizza.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti da rischio, le assicurazioni dovranno essere considerate estinte ed i premi pagati rimarranno acquisiti dalla Società.

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati. L'importo complessivo di cui sopra potrà essere elevato mediante speciale pattuizione.

Art. 2 Conclusione del contratto ed effetto dell'assicurazione

Il contratto è concluso quando:

- la polizza è sottoscritta da entrambe le parti;
- oppure
- la Società rilascia al Contraente la polizza da essa sottoscritta;
- oppure
- il Contraente riceve comunicazione scritta dell'accettazione della proposta.

L'assicurazione ha effetto, a condizione che sia stata pagato il premio:

- dalle ore 24 del giorno di conclusione, ovvero
- dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di polizza, qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso, ovvero
- dalle ore 24 del giorno del versamento del premio se tale versamento è effettuato dopo le date di cui ai due punti precedenti.

La copertura assicurativa decorre dalla data richiesta dalla Contraente ed è subordinata:

- alle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'adesione;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari come previsti al successivo Art. 3.

La Contraente fornirà alla Società, relativamente a ciascun Assicurato, il Rapporto di Visita medica e il Modulo di adesione (Mod. ANM – ed. 09/2009) debitamente compilato.

Art. 3 Documentazione sanitaria – accertamenti - dichiarazioni

Vista la finalità dell'assicurazione viene stabilito, d'accordo fra le parti, che per la fascia di età compresa fra i 18 ed i 60 anni il capitale assicurato sarà pari a Euro 250.000,00; oltre i 60 anni e fino ai 71 anni il capitale assicurato sarà pari ad Euro 150.000,00.

La documentazione sanitaria da produrre sarà la seguente:

- rapporto di visita medica mod. UV00608 ed. 06/2009
- test Hiv

La Società si riserva in base alle risultanze di tale documentazione e comunque a suo insindacabile giudizio di richiedere ulteriore documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dandone immediata notizia alla Contraente.

Rimane inoltre convenuto che qualora l'Assicurato non aderisse alla richiesta di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, la copertura assicurativa non sarà operante, in caso di morte dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, nel caso l'evento assicurato si verifichi nei primi sette anni di assicurazione.

La Contraente comunicherà alla Società, per l'esatta valutazione dei rischi, l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita dei medesimi partecipanti alla convenzione da essa stessa stipulata o comunque di cui fosse a conoscenza. La Società terrà conto delle eventuali altre polizze stipulate per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

Art. 4 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato debbono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenze si applicano gli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque, al momento del pagamento, la rettifica delle somme dovute dalla Società in base all'età reale.

Eventuali dichiarazioni rese o informazioni comunque fornite e/o acquisite relativamente a contratti di assicurazione infortuni e/o malattia stipulati con la stessa Società, non dispensano dall'obbligo di rappresentare in modo veritiero, esatto e completo la reale entità del rischio, con riferimento al presente contratto di assicurazione sulla vita.

Art. 5 Durata del contratto

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto. La durata del contratto collettivo è di due anni a partire dalla data di decorrenza indicata nel contratto; alla scadenza si rinnova automaticamente di volta in volta per un periodo di due anni, in mancanza di diversa volontà di una delle Parti espressa almeno tre mesi prima della scadenza stessa o di diversa durata da convenirsi.

La durata dell'assicurazione e dei relativi rinnovi, questi ultimi con decorrenza 25/9 di ogni anno, è monoannuale e l'ingresso in assicurazione è consentito agli Assicurati aventi, alla data di decorrenza e all'inizio di ogni anno assicurativo, un'età minima di 18 anni e massima di 71 anni. L'assicurazione non è rinnovabile per chi supera i 71 anni di età. L'età dell'Assicurato alla data di effetto dell'assicurazione è determinata in anni interi, con riferimento alla stessa data di effetto ed all'anniversario di nascita più vicino, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e considerando come anno intero la frazione di anno pari o superiore al semestre.

Assicurati sono i magistrati in attività e iscritti all'Associazione Nazionale Magistrati presenti e futuri, sulla base del numero di questi, verranno emesse tante posizioni assicurative.

La permanenza in assicurazione decade automaticamente alla data di cessazione dell'attività di magistrato e/o alla data di risoluzione del rapporto associativo presso la Contraente la quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro trenta giorni dalle rispettive date.

Qualora l'uscita dalla copertura avvenga prima della scadenza annuale, per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituirà alla Contraente l'eventuale rateo di premio relativo al periodo per la quale la copertura non sarà più prestata, calcolato sul premio annuo al lordo dell'importo fisso pari a € 13,00 per ogni Assicurato.

La Convenzione si estingue nei seguenti casi:

- esercizio del diritto di recesso;
- disdetta;
- naturale scadenza.

Il contratto estinto non può essere riattivato.

Art. 6 Revoca della Proposta e diritto di recesso

Il Proponente, nella fase che precede la conclusione del contratto, ha sempre la facoltà di revocare la proposta, mediante l'invio di lettera raccomandata alla Società, la quale provvede, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa, al rimborso del premio eventualmente già pagato. Ai fini dell'efficacia della revoca fa fede la data di ricevimento della raccomandata da parte della Società.

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, dandone comunicazione con lettera raccomandata inviata a:

**UGF Assicurazioni S.p.A. – Vita e Previdenza Integrativa
Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (BO)**

che, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, restituirà al Contraente il premio eventualmente versato al netto delle eventuali imposte (previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici). Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Art. 7 Rischio di morte

Qualora l'Assicurato abbia reso dichiarazioni corrette e veritiere, e abbia quindi consentito alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto di seguito indicato.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società paga un importo pari al capitale assicurato indicato in polizza.

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari.

È altresì escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- uso di veicoli o natanti in competizioni – non di regolarità pura – e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva calcolato al momento del decesso.

Art. 8 Suicidio

La garanzia comprende il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

Art. 9 Pagamento del premio

A fronte delle garanzie previste dalla presente forma assicurativa, per ciascun Magistrato Assicurato è previsto un premio unico anticipato per ogni anno di durata. Il premio è corrisposto non oltre la morte dell'Assicurato.

Ogni versamento dovrà essere intestato o girato alla Società ovvero all'Intermediario, espressamente in tale qualità, e potrà essere corrisposto, a scelta del Contraente, mediante:

- assegno circolare, bancario o postale, munito della clausola di non trasferibilità;
- ordine di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico.

La Società non è tenuta ad inviare avvisi di scadenza né a provvedere per l'incasso al domicilio del Contraente. Eventuali invii di avvisi di scadenza o eventuali incassi al domicilio del Contraente non comportano il sorgere di un diritto futuro.

Art. 10 – Calcolo dell'età e determinazione del premio

Ai fini dell'applicazione del tasso di premio l'età di ciascun Assicurato è calcolata ad anni interi computando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.

Il premio dovuto è determinato in base ai tassi di premio di seguito riportati con riferimento al sesso, all'età dell'Assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione e al capitale assicurato. Al valore così ottenuto deve essere aggiunto un importo fisso di € 13,00 per ogni testa assicurata.

TARIFFA AG40

Sesso: maschile

Età	Premio
18	0,570
19	0,610
20	0,630
21	0,660
22	0,690
23	0,690
24	0,710
25	0,720
26	0,760
27	0,790
28	0,840
29	0,880
30	0,900
31	0,920
32	0,910
33	0,890
34	0,880
35	0,870
36	0,870
37	0,890
38	0,930
39	0,960
40	1,010
41	1,100
42	1,200
43	1,310
44	1,440
45	1,570

Premi unici per € 1000 di capitale assicurato

Età	Premio
46	1,760
47	2,010
48	2,240
49	2,460
50	2,660
51	2,890
52	3,180
53	3,590
54	4,010
55	4,520
56	5,040
57	5,620
58	6,280
59	7,010
60	7,790
61	8,630
62	9,540
63	10,530
64	11,610
65	12,800
66	14,060
67	15,270
68	16,610
69	18,030
70	19,890

Per gli Assicurati di sesso femminile il tasso di premio è quello della tariffa prevista per gli Assicurati di sesso maschile con un'età ringiovanita di anni 5 rispetto all'età assicurativa.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

Qui di seguito forniamo alcune esemplificazioni degli importi di premio richiesti per il capitale assicurato indicato, relative alle combinazioni di età e sesso, evidenziando che gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e si sia assoggettato a visita medica.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI – Tariffa AG40

N.P.: non previsto

MASCHIO

Capitale Assicurato (€)	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
150.000	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	1.933,00	2.996,50
250.000	238,00	230,50	265,50	405,50	678,00	1.143,00	1.960,50	N.P.	N.P.

FEMMINA

Capitale Assicurato (€)	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
150.000	N.P.	1.181,50	1.933,00						
250.000	193,00	238,00	230,50	265,50	405,50	678,00	1.143,50	N.P.	N.P.

Art. 11 Mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto

Il mancato pagamento del premio monoannuale determina la sospensione degli effetti del contratto a decorrere dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di scadenza.

La presente assicurazione - in quanto di puro rischio - non dà diritto in alcun tempo a valori di riduzione o di riscatto e, di conseguenza, a prestiti.

Art. 12 Beneficiari

Il Contraente può designare uno o più Beneficiari e revocare o modificare in qualsiasi momento tale designazione.

La designazione dei Beneficiari può essere fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto con apposita clausola, inserita in polizza, o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società o per testamento ed è revocabile o modificabile nelle stesse forme.

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio (c.d. beneficio accettato);
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nel caso di beneficio accettato le operazioni di pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Art. 13 Cessione, pegno e vincolo

In considerazione delle particolari ragioni per le quali il contratto in oggetto viene stipulato, la Compagnia non accetterà richieste di cessione, pegno o vincolo.

Art. 14 Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa, i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Le richieste di pagamento e la relativa documentazione dovranno essere inviate tramite raccomandata con ricevuta di ritorno a:

**UGF Assicurazioni S.p.A. – Vita e Previdenza Integrativa
Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (BO)**

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- domanda sottoscritta da ciascuno degli aventi diritto, con indicazione delle generalità complete di ciascuno, o, in alternativa, apposito modulo predisposto dalla Società;
- certificato di morte dell'assicurato;
- fotocopia fronte e retro di un documento d'identità e del codice fiscale dei beneficiari;
- atto notorio da cui deve risultare se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento e, nell'affermativa se il testamento stesso, di cui deve essere rimessa copia autentica, è o no l'unico conosciuto, valido o impugnato.

Dall'atto notorio dovrà risultare:

- se non esiste testamento e il beneficio è a favore degli eredi legittimi, l'elenco di tutti i predetti eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile e della capacità di agire di ciascuno di essi e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;
- se esiste testamento, l'elenco di tutti gli eredi testamentari, nonché di coloro che sarebbero stati gli eredi legittimi in caso di successione (senza testamento) con le stesse indicazioni di cui al precedente punto.

- qualora il beneficio sia a favore di un minore o di un incapace, il decreto del giudice tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà o il tutore alla riscossione della somma spettante al minore o all'incapace, con esonero della Società assicuratrice da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni ingerenza e responsabilità circa l'eventuale reimpiego;
- relazione dell'ultimo medico curante da redigersi sul modello apposito da richiedere alla Compagnia;
- cartelle cliniche dell'Ospedale, relative ai ricoveri inerenti e precedenti il decesso;
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria: copia del verbale redatto dagli Organi di Polizia, o Certificato della Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso.
- designazione beneficiaria, in originale, espressa dall'assicurato; qualora non fosse stata espressa, necessita una dichiarazione della Contraente che tale designazione non esiste.

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti solo nel caso in cui quelli precedentemente elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e/o ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

La Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto, verificata l'esistenza di tale obbligo, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

Ogni pagamento viene effettuato presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto o presso la sede della Società.

Art. 15 Legislazione applicabile

Al presente contratto si applica la legge italiana.

Art. 16 Imposte e tasse

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 17 Moneta in cui sono espressi gli impegni contrattuali

Le somme assicurate ed i premi sono espressi e regolati in Euro.

Art. 18 Foro competente

Per qualsiasi controversia che dovesse insorgere in ordine al presente contratto sarà competente il Foro del luogo di residenza o di domicilio elettivo del Contraente, del Beneficiario o degli aventi diritto.

Art. 19 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UGF Assicurazioni S.p.A. – Reclami e Assistenza Clienti
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)
Tel: 02/55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30; venerdì dalle 9.00 alle 12.00)
Fax: 02/51815353 e-mail: reclami@ugfassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06/421331.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.ugfassicurazioni.it.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Eseguito dal Dott. _____ E' parente dell'Assicurando si no

Residente a _____ | Prov. _____ | Via _____

Qualifica: Medico fiduciario Medico di famiglia Altro

Assicurando

Cognome e Nome		Sesso	
_____		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Documento di riconoscimento	numero	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
_____	_____	_____	
Luogo di nascita	Professione (indicare dettagliatamente)		
_____	_____		
Indirizzo	numero civico	CAP	Località
_____	_____	_____	Prov. _____

Timbro del medico (indirizzo e codice fiscale)

Parte I: dichiarazioni dell'Assicurando raccolte dal medico

Stato di famiglia	SE VIVENTI			SE DEFUNTI	
	Età	Condizioni di salute o malattie in atto	Età alla morte	Causa della morte	Durata dell'ultima malattia
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Fratelli	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
Sorelle	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

1. Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie di cuore o della circolazione prima dell'età di 65 anni? Casi di tubercolosi, sifilide, malattie renali, alcolismo, suicidi, ictus, diabete, tumori maligni o malattie nervose o mentali?	<input type="checkbox"/> no	Precisioni				
	<input type="checkbox"/> si	_____				
2. Ha praticato negli ultimi cinque anni accertamenti diagnostici?	<input type="checkbox"/> no	Normale	Non normale	Perchè	Anno	
	<input type="checkbox"/> si	elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		radiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		esami del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		esami dell'urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		test hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
		altri (ad es. RMN, TAC,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
3. È stato sottoposto a terapia radiante e/o chemioterapica?	<input type="checkbox"/> no	Anno	Tipo e durata			
	<input type="checkbox"/> si	Precisioni				
4. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	<input type="checkbox"/> no	Quali e da quando				
	<input type="checkbox"/> si	della vista	<input type="checkbox"/>	_____		
		dell'udito	<input type="checkbox"/>	_____		
		degli arti	<input type="checkbox"/>	_____		
		altri	<input type="checkbox"/>	_____		

5. Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> no	Quali e quando - postumi			
		del cranio	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	degli organi di senso	<input type="checkbox"/>		
		degli arti	<input type="checkbox"/>		
		di altre parti	<input type="checkbox"/>		
6. Fa uso di alcolici e/o tabacco?	<input type="checkbox"/> no	Quanto?			
	<input type="checkbox"/> si	Da quando?			
7. Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> no	Quali?			
	<input type="checkbox"/> si	Quando l'ultima volta?			
8. Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> no		Anno	Infermità	Precisazioni
		per infortuni sul lavoro	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	per malattie professionali	<input type="checkbox"/>		
		per cause di servizio	<input type="checkbox"/>		
		altre	<input type="checkbox"/>		
9. È stato riformato dal servizio di leva?	<input type="checkbox"/> no	Motivo			
	<input type="checkbox"/> si				
10. Ha sofferto recentemente o soffre di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?	<input type="checkbox"/> no	Quali?			
	<input type="checkbox"/> si	Perchè?			
11. E' mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale?	<input type="checkbox"/> no	Per quali cause?			
	<input type="checkbox"/> si	Dove?			
		Quando - per quanto tempo?			
12. (per le donne) Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?	<input type="checkbox"/> no	Quali?			
	<input type="checkbox"/> si				
Ha malattie delle mammelle?	<input type="checkbox"/> no	Quali?			
	<input type="checkbox"/> si				
13. Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi: - dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> no		Data	Durata	Precisazioni
		asma	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	bronchite cronica	<input type="checkbox"/>		
		enfisema	<input type="checkbox"/>		
		pleurite	<input type="checkbox"/>		
		tbc	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		

			Data	Durata	Precisazioni
- dell'apparato cardiocircolatorio?	<input type="checkbox"/> no	infarto	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	angina pectoris	<input type="checkbox"/>		
		ipertensione	<input type="checkbox"/>		
		valvopatie	<input type="checkbox"/>		
		arteriopatie	<input type="checkbox"/>		
		varici degli arti inferiori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
- dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> no	gastroduodenite	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	ulcera gastroduodenale	<input type="checkbox"/>		
		coliti ulcerose	<input type="checkbox"/>		
		epatite virale	<input type="checkbox"/>		
		cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>		
		calcolosi biliare	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
- dell'apparato uro-genitale?	<input type="checkbox"/> no	nefriti	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	calcolosi	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
- del sistema nervoso e della psiche?	<input type="checkbox"/> no	epilessia	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	nevrosi	<input type="checkbox"/>		
		paralisi	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
- del sistema endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/> no	diabete	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	dislipidemie	<input type="checkbox"/>		
		alterazioni della tiroide	<input type="checkbox"/>		
		alterazione del surrene	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
- dell'apparato osteo-articolare?	<input type="checkbox"/> no	artriti	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	artrosi	<input type="checkbox"/>		
		tumori	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
- del sangue?	<input type="checkbox"/> no	anemie	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> si	leucemie	<input type="checkbox"/>		
		altre/i	<input type="checkbox"/>		

14. Chi è il suo medico curante, abituale o di famiglia?		Generalità Indirizzo
15. E' previsto un ricovero Ospedaliero?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Motivo
16. Fa uso abituale di farmaci?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	Quali ?
17. Eventuali altre comunicazioni dell'Assicurando:		

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.
 Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia.
 Proscioglio dal segreto professionale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse di rivolgersi in ogni tempo, anche dopo l'eventuale sinistro, per richiedere informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Compagnia comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.
 Ho letto ed approvo specificatamente quanto sopra.

Data	Firma dell'Assicurando	Firma del medico
------	------------------------	------------------

Parte II: esame obiettivo

Aspetto fisico - costituzione

Dati da rilevare	Altezza	Precisazioni
	cm	
	Peso	Precisazioni
	kg	
	pressione arteriosa (avvertenza: se il valore rilevato con la prima misurazione appare non normale, ripetere la misurazione dopo almeno 10 minuti)	
Frequenza cardiaca	min	max

	Normale	Precisazioni
1. Rapporto altezza/peso (cm/kg)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
2. Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
3. (Per le donne): Ghiandole mammarie	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
4. Masse muscolari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
5. Sistema linfonodale superficiale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
6. Stato della tiroide	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
7. Apparato osteoarticolare (deformità, mutilazione, artropatie)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	

	Normale	Precisazioni
8. Apparato respiratorio: - prime vie aeree	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- voce	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione del torace	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
9. Apparato cardiovascolare: - ispezione, palpazione, percussione	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- ascoltazione	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- arterie (in particolare polsi periferici)	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- vene (varici, emorroidi, ecc.)	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
10. Bocca e apparato digerente: - bocca	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- addome (ispezione e palpazione)	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- fegato	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- milza	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
11. Apparato uro-genitale	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
12. Sistema nervoso e organi di senso: - condizioni psichiche	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____
- motilità	<input type="checkbox"/> no	_____
	<input type="checkbox"/> si	_____

	Normale	Precisazioni
- sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- udito	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- vista	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
- olfatto	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	_____

Parte III: Conclusioni

Diagnosi _____

Giudizio prognostico buono mediocre sfavorevole

Occorrerebbero ulteriori esami per l'esatta valutazione del rischio? no si
Quali? _____

Valutazione del rischio ai fini della eventuale concessione dell'assicurazione complementare di invalidità:
 Favorevole Favorevole con esclusione dell'apparato uditivo visivo osteoarticolare altri
 Non favorevole perchè _____

Eventuali osservazioni ed informazioni complementari _____

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita medica e sul giudizio dato, rimette questo rapporto in busta chiusa soprafirmata all'Agenzia per i successivi adempimenti.

La visita è stata eseguita:

Comune _____ Luogo _____ Data e ora _____

Timbro e Firma del Medico _____ Domicilio _____



MODULO DI ADESIONE A POLIZZA COLLETTIVA SULLA VITA

Associazione Nazionale Magistrati

Assicurando	Cognome e Nome		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Codice fiscale		
	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Luogo di nascita		Professione (indicare dettagliatamente)		
	Indirizzo						numero civico
	CAP		Località		Prov.		
	Telefono			Indirizzo e-mail			
	Documento di riconoscimento				Numero		
	Rilasciato da		Località di rilascio		Data di rilascio (gg/mm/aaaa)		
	Capitale						
	<input type="checkbox"/> 250.000,00 euro <input type="checkbox"/> 150.000,00 euro						
	Beneficiari**						
<input type="checkbox"/> Gli eredi legittimi in parti uguali <input type="checkbox"/> Il coniuge							
<input type="checkbox"/> Il coniuge o, in mancanza, i figli in parti uguali <input type="checkbox"/> Il coniuge ed i figli in parti uguali							
<input type="checkbox"/> I figli in parti uguali <input type="checkbox"/> I genitori							
<input type="checkbox"/> Altri (specificare)							
Questionario relativo alle attività pericolose							
1. Nell'esercizio della sua professione è esposto a rischi particolari? (alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, lavori sotterranei, subacquee, o su impalcature e tetti, ponti, miniere, cave, pozzi e stive, lavori con macchine azionate a motore, guida di autocarri ed autotreni, ecc.)		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Quali? Precisioni	Frequenza			
2. Pratica degli sport pericolosi? (pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, motorismo, vela, pugilato, equitazione, immersioni subaque con o senza autorespiratore, rugby, sci nautico, ecc.)		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Quali? Gare	Frequenza Precisioni			
3. Può fornire altre notizie rilevanti ai fini assicurativi? (prossimi viaggi in luoghi pericolosi per condizioni climatiche o politico-militari, ecc.)		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Quali? Precisioni				
Dichiarazioni dell'Assicurando							
Io sottoscritto							
DICHIO ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nella presente proposta, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendomi ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri;			DICHIO inoltre che NON sono titolare di pensione d'invalidità e non ho in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'ente di previdenza obbligatoria di appartenenza o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi e che, comunque, NON sono colpito da malattia organica o lesione fisica a seguito delle quali si possa ragionevolmente ritenere limitato nella normale prosecuzione delle mie capacità di lavoro.				
DICHIO di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del C.C., che il presente modulo di adesione deve servire esclusivamente per la mia ammissione alla polizza vita collettiva stipulata dalla Contraente con UGF Assicurazioni S.p.A.;			Prosciolo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone ed Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.				
Ho letto ed approvo specificamente quanto sopra.							
Data			Firma dell'Assicurando				
Consenso relativo al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative							
Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy (contenuta nel fascicolo informativo) di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nella proposta, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità indicate nell'informativa.							
Firma dell'Assicurando							